

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Alfred BAILLY

Né le 17 Juillet 1910. à DOMPIERRE-LES-ORMES (Saône-et-Loire)

Résultats

de la thérapeutique sulfamidée locale
dans les affections aiguës et chroniques
du rhino-pharynx et de l'oreille

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91. BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Alfred BAILLY

Né le 17 Juillet 1910. à DOMPIERRE-LES-ORMES (Saône-et-Loire)

Résultats

de la thérapeutique sulfamidée locale
dans les affections aiguës et chroniques
du rhino-pharynx et de l'oreille

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91. BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.
Physiologie
Physique médicale.
Chimie médicale.
Bactériologie.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale.

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.

Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie.
Pharmacologie et matière médicale.
Thérapeutique.
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.

MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
AUBERTIN.
TANON.
BALTHAZARD.
LEVY-VALENSI.
Henri BENARD.
CHIRAY.
ABRAMI.

Clinique médicale.

FIESSINGER.
LOEPER.

Hygiène et clinique de la première enfance.

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale

RATHERY.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
LAIGNEL-
LAVASTINE.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Clinique des maladies du système nerveux

Clinique des maladies infectieuses

GOUGEROT.
GUILLAIN.

Clinique chirurgicale.



Clinique ophtalmologique

Clinique urologique.

LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.

Clinique d'accouchements.

VELTER.
CHEVASSU.
COUVELAIRE.

Clinique gynécologique.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique.

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique.

Clinique de la Tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Clinique cardiologie

Clinique de neuro-chirurgie.

Assistance médico-sociale.

JEANNIN.
LEVY-SOLAL.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
HARVIER.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
LAUBRY.
Clovis VINCENT.

Professeurs sans chaire.

N...
HAZARD.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.
BERNARD Et. Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULANGER Chimie.
BOULIN Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CACHERA Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.
COSTE Pathologie médicale.
COUVELAIRE (H.) Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.

MM.
DEGREZ (H.).. Physique.
DESOLLE Médecine légale.
DIGONNET ... Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNK-
BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
GALLIAR Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-
VILLARS.. Anatomie pathologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES ... Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHFT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU	
EMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUF U	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

*Leur vie de travail, de droiture, de
dévouement, leur tendre affection nous
permettent aujourd'hui de soutenir cette
thèse.*

Hommage de reconnaissance.

A MA FEMME

*A celle qui partagea les peines et les
soucis de nos années d'étude, qui chaque
jour est l'âme de notre travail et de notre
vie, en témoignage de mon amour infini.*

A MA FILLE

A MA GRAND'MERE

*L'heureuse doyenne de quarante-six
petits-enfants.*

A LA MEMOIRE DE MA BELLE-MERE

A MON BEAU-PERE

*Hommage de reconnaissance et d'affec-
tion.*

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR — A MON BEAU-FRÈRE

MES NEVEUX ET NIECES

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, hommage de
gratitude et d'admiration.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANE

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

•

A TOUS MES MAITRES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE DIJON

LE DOCTEUR PETITJEAN

LE DOCTEUR LECLERC

LE DOCTEUR BLANC

LE DOCTEUR MONTCHARMONT

*Qui m'a initié à l'oto-rhino-laryngo-
logie.*

CHIMIOTHÉRAPIE ANTIBACTÉRIENNE ET ANTIALGIQUE DES AFFECTIONS IN- FLAMMATOIRES AIGÜES ET CHRONI- QUES DU RHINO-PHARYNX ET DE L'OREILLE

Association de la para-amino-phénil-sulfamide et du
para-amino-benzoyl-diéthyl-amino éthanol en solution
éphédrinée

Le 15 février 1935, un médecin d'Outre-Rhin Gérard DOMACK, faisait connaître l'action du chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine, produit coloré qu'avaient préparé trois ans auparavant, les chimistes allemands MIETZCH et KLARER. DOMACK indiquait que cette substance était capable de guérir la streptococcie expérimentale de la souris.

La communication de DOMACK eut un retentissement car elle ouvrait une ère d'espoirs nouveaux en la chimiothérapie anti-bactérienne.

Les Professeurs FOURNEAU, en France, WHITBY, en Angleterre contrôlèrent les travaux de DOMACK. Bientôt la synthèse de très nombreux dérivés nouveaux fut réalisée et on s'aperçut rapidement, après les travaux de NITTI, BOVET et de M. et Mme TRÉFOEL que c'était le para-amino-phényl-sulfamide ou 1162 F qui contenait la fraction active de la sulfamido-chrysoïdine.

Les biologistes et cliniciens mirent bientôt en lumière l'action polyvalente de ces corps : ils sont capables d'agir efficacement sur le pneumocoque, le méningocoque, le gonocoque et même, pour certains, sur le bacille d'Eberth, le para A, le para B, le colibacille, etc...

On peut aujourd'hui diviser les corps sulfamidés en deux grands groupes :

A. — Les premiers, expérimentés par DOMACK, ou corps amino-azoïques colorés dont le type est le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.

On admet, en général, avec le Professeur HARVIER que ces corps très actifs *in vivo* sont inactifs *in vitro*.

B. — Les dérivés sulfamidés non azoïques ou « corps blancs » parce que non colorés, fruits des synthèses de M. FOURNEAU et de ses élèves M. et Mme TRÉFOEL, NITTI. Ils agissent *in vivo* et *in vitro*, par libération du noyau para-amino-sulfamide.

L'action microbicide *in vitro* du para-amino-phényl-sulfamide est extrêmement nette (COLEBROOK et BUTTLE, 1936. F. NITTI et D. BOVET, 1936). Le sang des malades traités et celui des animaux expérimentés avec le para-amino-phényl-sulfamide possède un pouvoir microbicide très élevé *in vitro*.

Nous nous sommes arrêté au para-amino-phényl-sulfamide ou 1162 F. qui, de l'avis de tous les biologistes et cliniciens présente une activité polyvalente puissante et une toxicité minime.

MODE D'ACTION.

Pour LEVADITI, le fait capital serait la propriété d'arrêter la capsulogénèse ; on sait, en effet, que la capsule est un élément de résistance du corps microbien. Enfin, il y aurait un autre facteur qui intervendrait dans leur mode d'action : c'est la neutralisation des endo-toxines, ce qui ajouterait des propriétés anti-toxiques aux propriétés anti-bactériennes déjà connues.

LA VOIE D'INTRODUCTION.

La voie idéale est la voie buccale : elle réalise une imprégnation totale de l'organisme intéressé dans des délais très courts.

A la dose de 3 grammes de para-amino-phényl-sulfamide par jour, pendant 3 jours (méthode des auteurs anglais) la voie buccale permet d'obtenir une concentration sanguine active qui s'établit entre 2 milligrammes (minimum) et 10 milligrammes (maximum) pour 100 cc. de sang, soit : 1 pour 50.000 et 1 pour 10.000.

Nous attirons de suite l'attention sur la haute teneur nécessaire à l'action thérapeutique car dans notre expérimentation nous attaquons toujours d'emblée localement par des pulvérisations massives et très fréquentes, pour réaliser « in situ » une imprégnation totale.

Le phényl-acétate de novocaïne. — A la para-amino-phényl sulfamide nous avons associé un anesthé-

sique nouveau : le phényl-acétate de para-amino-benzoyl-diéthyl-amino-éthanol; ce produit fait partie de cette série d'anesthésiques nouveaux. née des lumineuses recherches du Professeur Jean RÉGNIER de la Faculté de Pharmacie de Paris, au cours desquelles il mit en relief les faits suivants : « Nous pensons
« pour notre part que si la base reste bien le support
« indiscuté de l'action pharmacodynamique, l'acide
« salifiant joue un rôle passé inaperçu jusqu'ici.
« L'acide salifiant exerce une influence prépondé-
« rante vraisemblablement dans la période de péné-
« tration dans la cellule, ou dans la période de fixa-
« tion de la cellule, de telle sorte qu'il n'est pas exa-
« géré de dire. si l'on ne sépare pas pénétration et
« action, que le sel d'alcaloïde agit dans son entier ».

Il importe donc de sélectionner, après expérience, les acides qui, en raison de certaines de leurs propriétés, sont capables de favoriser l'action du sel en permettant à la base de pénétrer.

Le Professeur Jean RÉGNIER fut amené à préparer avec divers acides toute une série de sels de cocaïne contenant la même quantité de base cocaïne que 1 gr. de chlorhydrate de cocaïne (soit 0 gr. 892) et de pH tamponné de telle sorte qu'il soit toujours égal à 4.

En prenant comme égale à l'unité la valeur anesthésique de 1 gr. de chlorhydrate de cocaïne, et par des essais répétés sur la cornée du lapin, par la technique propre au Professeur RÉGNIER (*Bulletin des Sciences pharmacologiques*, tome XXX, pages 580 à

646), il arriva à la très importante constatation que la valeur anesthésique comparée n'était pas fonction de la force de l'acide (selon les théories officielles en faveur, notamment celle de O. GROS).

« Les lipioides cellulaires ne sont plus seuls en cause comme le voudrait la théorie de MEYER et OVERTON, puisque les sels s'ordonnent selon une série qui a été trouvée essentiellement, par HOFMEISTER, sur des substances albuminoïdes » conclut le Professeur RÉGNIER.

Des essais multiples furent faits avec d'autres sels et en particulier avec des acides organiques et avec d'autres bases, tel le para-amino-benzoyl-diéthylamino-éthanol ou novocaïne.

Le Professeur RÉGNIER résume dans les tableaux suivants les valeurs anesthésiques comparées : (*Journal de Pharmacie et de Chimie* 1936, tome XXIII, 8 §, page 494).

Valeur anesthésique des sels de cocaïne. le chlorhydrate de cocaïne ayant la valeur : 1.

Formiate	Acetate	Salicylate
2,5	2,9	4
Benzoate		Phénylacétate
5		12

Valeur anesthésique des sels organiques de para-amino-benzoyl-diéthyl-amino-éthanol, le chlorhydrate (Novocaïne ordinaire) ayant la valeur : 0.07.

Bromoïsovalérate.	0.2
Pyruvate.	0.3
Phénylpropionate	0.2

Para-Aminobenzoate.	0.2
Phénylcinchrominate.	0.5
Phénoxyacétate.	0.6
Para-Aminophénylacétate.	0.4
Phénylbutylpropionate.	1.3

Nous avons choisi le phénylacétate de para-amino-benzoyl-diéthyl-amino-éthanol pour tous les essais que nous relaterons au cours de ce travail

Il nous a permis de substituer au chlorhydrate de cocaïne, sel toxique, à propriétés stupéfiantes, un sel de la base novocaïne, privé de propriétés stupéfiantes et bien moins toxique, possédant une valeur anesthésique bien plus importante (environ 8 fois celle du chlorhydrate de cocaïne) et sans action irritante sur la muqueuse ; point très important dans le traitement des affections inflammatoires des cavités en oto-rhino-laryngologie.

Ajoutons que l'élimination de l'anesthésique est immédiate.

RAISONS DE L'ASSOCIATION ANTIBACTÉRIENNE ET ANESTHÉSIQUE.

Les affections inflammatoires du rhyno-pharynx, du nez et de l'oreille sont toujours des affections douloureuses.

Les phénomènes sympathiques qui les accompagnent prennent souvent une importance considérable. Les malades viennent consulter parce qu'ils *souffrent* ; ils demandent au Médecin d'abord de les soulager.

Ceux qui, par leur longue pratique, leur grande ex-

périence oto-rhino-laryngologique sont aujourd'hui nos Maîtres vénérés, tel le Professeur LEMAÎTRE, nous ont enseigné bien souvent l'importance capitale des phénomènes sympathiques et douloureux accompagnant les inflammations laryngologiques.

Nous avons réuni plus de 200 observations cliniques intéressant les affections oto-rhino-laryngologiques inflammatoires. Nous les avons classées suivant le diagnostic posé.

Nous avons rapidement substitué à la simple instillation locale les pulvérisations abondantes en raison de leur incontestable supériorité thérapeutique; les gouttelettes extrêmement fines, véritable brouillard médicamenteux, possèdent un pouvoir de diffusion considérable. Limité à une surface toujours restreinte, il y crée une imprégnation totale qui atteint rapidement la concentration optima pour l'action sulfamidée.

Dès qu'au cours de nos examens nous avons trouvé la cause de l'inflammation liée à une malformation anatomique, à une déviation de cloison, à une queue de cornet hypertrophiée, à une polypose, nous n'avons demandé à notre médication que de nous améliorer l'état des muqueuses, d'assainir les cavités pour limiter les risques extérieurs d'infection lors de l'intervention chirurgicale.

Nous nous devons de rappeler toute l'efficacité de cette attitude de prudence que nous a si souvent recommandée le Professeur LEMAÎTRE dans son enseignement.

Disons tout l'intérêt des pulvérisations sulfamidées dans la préparation de tels malades à une intervention chirurgicale qui ne doit pas être schokante.

L'EMPLOI DES DÉRIVÉS SYNTHÉTIQUES SULFAMIDES EN O.-R.-L.

En 1935, le Docteur GASTON, l'éminent Chef de Clinique et collaborateur du Prof. LEMAITRE à la Clinique O.-R.-L. de la Faculté de Médecine de Paris, concluait ainsi sa monographie: « Le traitement des méningites otogènes » : « Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de produit clinique capable de réaliser à lui seul la désinfection de la cavité sous-arachnoïdienne ».

En 1938, dans le numéro de mai des *Annales Oto-Rhino-Laryngologiques*, le même auteur écrit : « En l'espace de trois années, la chimiothérapie antimicrobienne a réalisé de grands progrès et qui paraissent durables, par l'utilisation de plus en plus étendue des colorants azoïques et de leurs dérivés. Les résultats obtenus ne constituent pas de simples faits isolés, il paraît évident qu'on doit leur attribuer une valeur directrice ».

A l'étranger comme en France, l'extension de la thérapeutique sulfamidée aux affections oto-rhino-laryngologiques se fait de plus en plus rapide.

En 1937, dans la *Revue de Médecine du Colorado*, un auteur américain, W. J. TROUP, signale les heureux résultats obtenus par lui dans le traitement des mastoïdites aiguës par la sulfanilamide.

En juin 1937, dans *New-York State Journal of Medicine*, J. SCAL apporte les observations d'un cas de septicémie consécutive à une sinusite aiguë guérie grâce aux composés sulfamidés.

VITENSON et KOUSTAM rapportent un cas de méningite streptococcique consécutive à une otite moyenne aiguë et traitée avec succès par les dérivés sulfamidés.

Le Docteur GASTON signale qu'au cours d'une discussion à l'American Otological Society (mai 1939), on a pu grouper 15 nouveaux cas de méningite otitique guéris par la sulfanilamide (CUSHING et NEAL).

W. LERVEY, en avril 1938, rapporte de nombreuses observations aiguës traitées avec bon résultat par la sulfanilamide.

En Belgique, nous lisons en janvier 1938 un long article documenté de Léon ELDY sur l'emploi des sulfamidés en O.-R.-L., dans la *Revue de Thérapeutique Meurice*, et en juillet 1938, paraît de nouveau, dans la même Revue, un exposé détaillé de la posologie des sulfamidés en O.-R.-L., de B. SEELENFREUND.

EN FRANCE.

La première observation de guérison d'une méningite otitique par les dérivés sulfamidés revient à MM. PINARD et MADURO, qui la rapportent dans le numéro de mars 1938 des *Annales de la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*.

A la même date se place une communication identique de PHILIPP (de Bordeaux).

Le Professeur HALPHEN rapporte, le 25 avril 1938, à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, le cas saisissant d'un enfant déjà dans le coma lorsqu'on entreprit le traitement par la sulfamide.

Le Docteur HUBERT présente le 6 avril 1938 à la Société d'O.-R.-L. trois cas de méningites otitiques à streptocoques, guéries par le 1162 F.

Le Docteur DEVERNOIX rapporte dans sa thèse (1938) une observation d'abcès du cerveau secondaire à une otite moyenne, deux sinusites aseptiques puriformes, l'une secondaire à une sinusite aiguë, l'autre à une otite moyenne aiguë. Tous ces cas se terminent par la guérison, après un énergique traitement sulfamidé.

Nous avons pensé que devait être utilisé avec grand intérêt le pouvoir microbicide direct *in vitro*, la polyvalence considérable de la para-amino-sulfamide, son innocuité locale absolue en association avec le phényl-acétate-para-amino-benzoyl-éthanol pour le traitement local des affections oto-rhino-laryngologiques, telles que coryza aigu, catarrhe rhino-pharyngé, rhinite congestive, rhinite purulente, sinusites, réactions sinusiennes, otorrhée tubaire, otite de l'enfant et de l'adulte, ethmoïdite.

Nous pensons que, bien souvent, par cette chimiothérapie locale intensive, les complications graves afférentes à chacune des affections précitées ont été évitées.

L'examen des observations suivantes, extraites parmi les 218 que nous avons relevées au cours de l'année 1938-1939 permettra de s'en convaincre.

Présentation des observations

Pour la clarté du sujet, nous avons réuni les observations afférentes aux mêmes lésions anatomiques.

Nous envisageons successivement les résultats de nos recherches.

A. — *Dans les affections du nez :*

Catarrhes naso-pharyngés.

Coryza banal.

Coryza aigu,

Rhinites congestives.

Rhinites purulentes.

Adénoïdites.

B. — *Affections sinusiennes.*

Réactions sinusiennes.

Sinusites.

Pansinusites.

Ethmoïdites.

C. — *Affections de l'Oreille.*

Otorrhées tubaires.

Otite moyenne aiguë.

Otite chronique.

CORYZA AIGU.

Observation N° 20

Mme P..., 35 ans, employée de bureau, se présente à la consultation le 7 novembre; elle se plaint de vives céphalées, elle éternue fréquemment depuis 48 heures, n'a plus d'appétit; les aliments qu'elle ingère n'ont « plus de saveur ».

Elle présente une rhinorrhée abondante, avec érosion des angles des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Pas de sinusite antérieure.

A l'examen : muqueuse rouge très hyperémiée, douloureuse, les cavités sinusiennes s'éclairent normalement au diaphanoscope; pas de douleur à la palpation du massif maxillo-facial. Il s'agit bien d'un coryza banal aigu. Nous prescrivons des pulvérisations fréquentes, 6 par jour, de l'association para-amino-phényl-sulfamide et para-amino-benzoyl-diéthyl-éthanol éphédriné.

Nous revoyons la malade le 12 novembre, cliniquement guérie. La rhinorrhée est entièrement tarie, seules demeurent quelques zones légèrement hyperémiées sur la muqueuse, qui auront disparu entièrement lorsque nous reverrons la malade le lendemain.

Observation N° 106

Mme B..., 27 ans, femme d'un étudiant en médecine.

Nous la voyons pour la première fois le 23 novembre. L'avant-veille, légère douleur à la déglutition, angine rouge banale, obstruction nasale complète avec rhinorrhée débutante, céphalée violente, léger catarrhe oculaire, éternuements fréquents.

A l'examen : amygdalite banale, rougeur diffuse des amygdales et des piliers attaquant la luette.

Rhinoscopie : muqueuse rouge et douloureuse, déviation latérale gauche de la cloison, pas d'ombres diaphanoscopiques. Nous prescrivons des pulvérisations très fréquentes, dix par jour.

Nous revoyons la malade 48 heures après. Le résultat est complet; le lendemain la rhinorrhée a été en augmentant jusqu'au soir, puis grâce à l'exactitude de l'exécution des prescriptions, a été en diminuant très vite. L'obstruction nasale a disparu totalement. Les céphalées

n'existent plus, la malade n'a pas cessé ses occupations.

A la rhinoscopie : légère hyperémie du côté rétréci par la déviation du cornet. La muqueuse de l'autre côté est normale. Nous conseillons à la malade qui fait périodiquement des coryzas, de faire procéder une résection sous-muqueuse de sa cloison.

Observation N° 142

Mlle G..., infirmière, âgée de 24 ans, présente depuis 4 jours un coryza aigu avec écoulement nasal important muco-purulent; pas d'antécédent de sinusite à la diaphanoscopie, pas d'obscurcissement sinusien, c'est un épisode saisonnier banal.

Nous prescrivons des instillations nasales fréquentes, 6 par jour.

Dès le lendemain, l'écoulement nasal diminue, devient muqueux; la malade respire mieux : le traitement est continué deux jours et la malade revient guérie cliniquement.

Observation N° 92

Coryza aigu avec réaction sinusienne.

M. D... Roger, 23 ans, était venu consulter le 7 novembre, se plaignant de rhinorrhée très abondante avec céphalée.

L'examen à cette date nous faisait conclure à un coryza aigu, muqueuse rouge, œdématiée et hyperémiée; écoulement muco-purulent abondant avec prédominance des foyers purulents au niveau des méats moyens, signe mis en évidence par la rétraction des cornets inférieurs par la cocaïne.

Le 7 novembre, à la diaphanoscopie, les sinus maxil-

lares étaient légèrement opaques. Nous lui avons prescrit des pulvérisations fréquentes.

Le 12 novembre, nous revoyons le malade avec des signes d'amélioration subjective et objective certains. La rhinorrhée est presque tarie, les céphalées sont très atténuées.

A l'examen : Les fosses nasales sont propres, la muqueuse est très normale, plus de pus, même au niveau des méats moyens.

A la diaphanoscopie : Les sinus maxillaires sont clairs; nous devons signaler que, cependant, ils présentent une légère douleur à la pression au niveau du massif facial. (Nous retrouvons souvent cet « endolorissement local » qui nous semble être le témoin de la participation sinusienne.)

Observation

Mme T..., 35 ans. Se présente le 12 janvier, atteinte de rhinorrhée abondante avec rougeur diffuse de la muqueuse qui est douloureuse; céphalée violente. Pas d'obscureissement sinusien à la diaphanoscopie.

Nous prescrivons des instillations fréquentes, 8 par jour; dès la seconde instillation, les phénomènes douloureux disparaissent, puis la rhinorrhée se tarit.

Nous revoyons la malade le 14 janvier, guérie cliniquement.

Ces quelques observations choisies parmi des dizaines d'autres mettent en relief d'une façon saisissante la régularité et la constance de l'amélioration subie par les malades dans l'ordre suivant :

Le premier symptôme qui disparaît toujours est la

douleur, la gêne respiratoire et les symptômes subjectifs qui l'accompagnent.

Puis la rhinorrhée se tarit rapidement et si elle est muco-purulente, elle évolue en un premier stade vers l'aspect muqueux filant, puis l'hydrorrhée elle-même se tarit.

Nous n'avons jamais vu un coryza traité dès son début se compliquer.

Le malade, quasi instantanément soulagé, ne se mouche pas ou peu, et l'infection nasale n'a plus tendance à devenir sinusienne ou tubaire.

RHINITES.

Nous envisagerons successivement les résultats obtenus dans les rhinites simples catarrhales, dans les rhinites muco-purulentes et dans les rhinites franchement purulentes.

Observation N° 47

Rhinite catarrhale chronique.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années qui vient consulter le 17 juin pour obstruction nasale. Cette obstruction qui, parfois d'un côté, parfois des deux côtés, est plus marquée la nuit que le jour. Cet état entraîne chez notre malade une sécheresse de la gorge, des sécrétions pharyngées le matin et parfois un peu d'enrouement. Elle signale de plus un peu de surdité et des bourdonnements d'oreille. Mais ce qui l'incommode surtout, c'est un écoulement nasal fréquent; il s'agit d'un liquide séreux, parfois séro-purulent.

Examen séroscopique :

Rougeur de la muqueuse, gonflement des cornets inférieurs dont on provoque facilement la rétraction, abondantes sécrétions au niveau du plancher du nez. Examen normal. Le tympan droit est rétracté, ce qui est dû à une mauvaise aération de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne.

Cet état persiste depuis plusieurs mois. Il s'agit bien d'une rhinite catarrhale chronique. Nous conseillons des pulvérisations fréquentes.

Nous revoyons la malade le 24 juin, après une semaine de traitement. Nous enregistrons une action très favorable sur l'obstruction nasale. Les sécrétions ne sont pas entièrement taries, mais elles ont néanmoins changé de caractère. Elles sont devenues sereuses. Nous avons pu, dès le 24 juin, faire une cautérisation galvanique des cornets.

Observation N° 57

Rhinite hypertrophique avec catarrhe tubaire.

M. B... Roger, 17 ans, vient nous voir le 16 juillet pour deux symptômes qui l'incommodent beaucoup. Depuis trois semaines, il se plaint de moucher des sécrétions abondantes muco-purulentes, et de ressentir une gêne respiratoire. Cet état retentit en même temps sur son oreille gauche, car il accuse une hypoacousie avec sensation de bourdonnements.

A l'examen rhinoscopique : muco-pus abondant tapissant la muqueuse de la fosse nasale gauche, et qui s'accumule sur le plancher du nez. Nous constatons une hypertrophie du cornet inférieur gauche dont nous provoquons la contraction facilement par rétraction, par attouchement au stylet.

Nous prescrivons avant toute intervention des pulvérisations abondantes et fréquentes.

Le 21 juillet, nous revoyons notre malade très amélioré : l'écoulement nasal est pratiquement tari et la respiration est grandement facilitée.

A la rhinoscopie, nous constatons une muqueuse propre, mais rouge, très congestive.

Le catarrhe tubaire est considérablement amélioré, puisque l'audition est revenue à peu près normale. Nous avons pu cautériser le cornet inférieur gauche dès la seconde consultation.

Observation N° 98

M. L... Lucien, 16 ans, vu pour la première fois le 14 novembre, parce qu'il se plaignait d'une rhinorrhée très importante. Il salissait dans sa journée au moins trois mouchoirs et souffrait d'une importante obstruction nasale et de sécheresse de la gorge.

La rhinoscopie antérieure montrait la rougeur de la muqueuse nasale avec sécrétion abondante au voisinage du plancher du nez.

La rhinoscopie postérieure montrait des queues de cornet légèrement plus volumineuses que normalement. La diaphanoscopie faisait apercevoir des cavités sinusiennes claires. Nous portons le diagnostic de rhinite catarrhale banale et prescrivons 8 à 10 pulvérisations quotidiennes.

Nous revoyons la malade le 15 novembre. Les sécrétions sont bien moins abondantes. Le malade ne salit qu'un mouchoir dans les deux jours. Les pulvérisations font immédiatement cesser l'obstruction nasale, mais à la rhinoscopie, on voit encore une muqueuse rouge avec du muco-pus la tapissant par endroits. Il y a des sécrétions purulentes encore, sur le plancher du nez; nous prescrivons la cautérisation par pulvérisation.

Nous revoyons le malade le 5 décembre; les sécrétions sont très peu abondantes; elles sont devenues filantes, muqueuses, puis ont tout à fait cessé et ont guéri. Comme cette guérison était déjà totale le 1^{er} décembre, nous avons pu la constater par la rhinoscopie.

Observation N° 108

M. M... André, 51 ans, vient le 13 décembre pour une rhinorrhée abondante qui persiste depuis quelques semaines avec hypoacousie droite et sensations de bourdonnements. Dans les antécédents du malade, nous relevons une histoire de polypose nasale; pas de passé sinusien, mais à chaque hiver, il présente une rhinorrhée persistante. La rhinoscopie montre dans chaque fosse nasale une muqueuse congestive avec nombreux filaments de mucus qui s'accumulent également sur le plancher du nez; les méats moyens paraissent libres, les sinus maxillaires et frontaux s'éclairent bien à la diaphanoscopie, le tympan droit est légèrement rétracté.

Nous prescrivons des pulvérisations, suivies d'instillations. Nous revoyons le malade le 17 décembre avec des signes d'amélioration nette; si les sécrétions nasales persistent, elles ont cependant changé d'aspect, elles sont devenues filantes.

Cependant, le catarrhe tubaire droit paraît guéri, car les bourdonnements ont cessé, et l'audition est redevenue normale. Nous prescrivons la continuation du traitement.

Le 21 décembre, nous revoyons le malade et nous pouvons noter, cette fois, tous les signes de guérison. Il ne mouche plus; à la rhinoscopie : muqueuse propre, à aspect normal.

Nous tenons à faire remarquer la transformation progressive de la sécrétion qui, de muco-purulente, de-

vient, sous l'influence du traitement, muqueuse, puis se tarit très rapidement. Nous retrouvons ce processus chaque fois.

Observation N° 120

Rhinite purulente.

M. L... Henri, 27 ans. Vu la première fois le 13 janvier : se plaint de souffrir depuis plusieurs mois d'une rhinorrhée abondante; ses sécrétions nasales ont l'aspect d'un liquide visqueux jaunâtre. Elles tombent parfois dans le pharynx, et le malade fait des efforts vains pour les expulser. Il accuse, d'autre part, une obstruction nasale totale qui l'oblige à respirer par la bouche, ce qui occasionne une sécheresse bucco-pharyngée très pénible. Eternuements très fréquents.

A la rhinoscopie : rougeur de la muqueuse et nombreuses sécrétions au niveau du plancher du nez, particulièrement sous chaque cornet inférieur. Le pied de la cloison est très épais. Le cornet inférieur gauche est très épais aussi. Les sinus sont normaux.

Nous portons le diagnostic de rhinite purulente et prescrivons des pulvérisations très fréquentes.

Le 21 janvier, nous revoyons le malade. Les sécrétions nasales sont taries du côté droit; du côté gauche, elles ont encore une certaine abondance, mais ont changé d'aspect. Elles sont devenues filantes.

Le 24 janvier, le malade est revu. Guérison totale du côté droit; du côté gauche, persistance d'un petit foyer suintant. Nous avons pu cautériser le gros cornet.

Nous proposons au malade une résection du pied de la cloison. A dater de cette époque, nous ne reverrons plus le malade.

Remarque :

Notre traitement nous a toujours donné des résultats égaux pour préparer l'intervention. Nettoyage rapide des cavités, muqueuses propres, normales en peu de jours.

Observation N° 140

L'enfant G... Arlette, 14 ans, est amenée à la consultation le 14 février pour une rhinorrhée très abondante avec céphalée vive.

L'examen rhinoscopique montre d'abondantes sécrétions muco-purulentes dans les fosses nasales et particulièrement au niveau du plancher du nez. Ces mucosités descendent dans son pharynx et infectent le cavum. Cette enfant a été opérée des végétations et a subi une amygdalectomie il y a neuf ans. Pas de poussée d'adénoïdite actuellement.

Nous prescrivons des instillations dans chaque fosse nasale à la dose de 5 gouttes trois fois par jour.

Le 17 février, nous revoyons notre petite malade très améliorée. La rhinorrhée est presque tarie, les céphalées ont disparu, les fosses nasales sont propres. Il persiste encore quelques sécrétions au niveau des fosses nasales.

Le 21 février, nous revoyons Arlette G... cliniquement guérie. L'enfant a repris son école.

RHINITE ATROPHIQUE ORENEUSE.

Nous devons signaler que nous avons toujours été conduit à un échec lors d'essai de traitement de rhinites atrophiques ozéneuses.

Nous possédons 12 observations qui nous montrent au début du traitement une légère amélioration due à l'action locale de notre anesthésique, mais le pro-

grès s'arrête là, et nous retrouvons nos malades de semaine en semaine avec les mêmes symptômes.

Nous ne citerons que deux observations à cet égard.

Observation N° 22

Mme D..., 23 ans, vue le 26 août pour une rhinorrhée accompagnée de croûtes verdâtres fétides. Nous posons rapidement le diagnostic de rhinite croûteuse à type d'ozène. Nous prescrivons des pulvérisations avec notre association médicamenteuse.

Cette malade est revue le 30 août; elle prétend que les croûtes étaient moins abondantes. Cependant, la rhinoscopie ne décelait pas d'amélioration. Nous l'avons revue le 3 mai, nous ne constatons aucun changement clinique.

Nous devons donc convenir de l'inefficacité du médicament et envisager une thérapeutique différente.

Observation N° 187

Mme H..., 35 ans, vient à la consultation le 21 avril, se plaint d'une rhinorrhée abondante, accompagnée de croûtes verdâtres fétides.

Elle a été soignée à 15 ans pour de l'ozène. A la rhinoscopie, nous apercevons une muqueuse congestive tapissée de quelques croûtes; sous chacun des deux cornets, nombreuses sécrétions muco-purulentes. Nous prescrivons des pulvérisations abondantes.

Le 25 avril, nous revoyons la malade. Elle se trouve améliorée, et dit avoir moins de croûtes. A la rhinoscopie, en effet, les croûtes sont moins abondantes, mais les sécrétions demeurent aussi abondantes sous les deux cornets. Nous faisons continuer le traitement.

Le 4 mai, nous revoyons la malade. Elle présente les mêmes symptômes, mais il s'y est adjoint une notoire fétidité de l'haleine. A la rhinoscopie, nous trouvons une notoire image de rhinite atrophique ozéneuse.

Nous sommes donc en face d'un échec évident de notre thérapeutique.

Ces deux observations, confirmées par d'autres, nous ont conduit à abandonner l'expérimentation de notre association thérapeutique dans les cas de rhinite atrophique ozéneuse. D'ailleurs, ce que nous savons de l'étiologie de cette affection cadre bien avec nos conclusions cliniques.

ADÉNOÏDITES

Observation N° 148

L'enfant S... Adrienne, 13 ans, est vue pour la première fois le 23 février 1939, parce que, depuis trois jours, elle se plaint d'une rhinorrhée très abondante avec céphalée.

Elle a été opérée des végétations et des amygdales en 1935. Ses parents signalent qu'elle ronfle la nuit.

Rhinoscopie : Nous trouvons du pus dans les deux fosses nasales au niveau du méat moyen, surtout à droite.

Diaphanoscopie : le sinus maxillaire est opaque à droite, le frontal, du même côté, s'éclaire mal.

Nous prescrivons des pulvérisations fréquentes.

Le 4 mars, nous revoyons la petite malade très améliorée; elle mouche beaucoup moins, elle n'a plus de céphalée et ronfle moins..

A la diaphanoscopie, le sinus maxillaire est plus clair

que lors de l'examen précédent, le sinus frontal s'éclaire normalement.

Le 10 mars, cette enfant revient avec des signes de guérison complète. Le nez est propre, le sinus maxillaire à peu près normal, reste le seul témoin de cette atteinte sinusienne concomitante avec une poussée d'adénoïdite.

ADÉNOÏDITE AIGÜE.

L'enfant S... Monique nous est amenée le 1^{er} avril 1939, parce qu'elle dort la bouche ouverte et qu'elle ronfle la nuit; elle mouche abondamment.

L'examen des fosses nasales montre la présence d'abondantes sécrétions muco-purulentes; celles-ci, d'ailleurs, descendent dans le cavum.

L'examen pharyngé montre de très grosses amygdales et, par le toucher pharyngien, on tombe sur d'abondantes végétations adénoïdes.

Nous conseillons l'opération des amygdales et des végétations, mais, avant de la pratiquer, nous demandons la désinfection rigoureuse du rhino-pharynx avec notre association antibactérienne anesthésique en instillation, 3 à 5 fois par jour, à raison de 5 à 8 gouttes dans chaque narine.

Le 8 avril, nous revoyons cette enfant; le traitement a beaucoup amélioré la rhinorrhée, l'enfant ronfle moins, il n'y a plus de pus dans le cavum. Notre traitement a eu une très heureuse influence dans ce cas d'adénoïdite aiguë.

Observation N° 180

L'enfant M... Yvette, 8 ans, nous est amenée le 6 avril 1939, parce qu'elle mouche abondamment et qu'elle dort la bouche ouverte. Elle ronfle la nuit. Elle n'a jamais subi l'opération des amygdales ou des végétations.

A la rhinoscopie, nous trouvons des fosses nasales encombrées de sécrétions muco-purulentes abondantes; celles-ci d'ailleurs descendent dans le cavum.

Le toucher rhino-pharyngien nous révèle un volumineux paquet de végétations adénoïdes. Avant de faire procéder à l'ablation des végétations, nous prescrivons des instillations de notre mélange dans chaque narine, pendant 8 jours, au rythme de 5 instillations par jour de 6 à 8 gouttes, et nous convoquons cette enfant pour le 13 avril.

A cette date, nous revoyons une enfant en parfait état, les fosses nasales sont parfaitement propres et l'intervention aura lieu avec le maximum de sécurité.

En résumé, notre produit s'est montré un parfait désinfectant pré-opératoire.

Observation N° 191

L'enfant M... Bernard, 5 ans, nous est amené le 26 avril 1939, parce qu'il mouche beaucoup et qu'il ronfle la nuit.

A la rhinoscopie, nous trouvons des fosses nasales **très infectées avec sécrétions purulentes** qui retombent dans le cavum. Le toucher naso-pharyngien nous fait sentir d'abondantes végétations adénoïdes. Nous prescrivons des instillations trois fois par jour.

Le 29 avril nous revoyons cet enfant. Il mouche encore abondamment (nous apprenons que les instillations ont été pratiquées durant trois jours seulement). Nous prescrivons la continuation du traitement avec continuité.

Le 6 mai, nous revoyons l'enfant : il est nettement amélioré. Il ne mouche plus et ronfle moins. Les fosses nasales sont propres. Nous décidons le grattage des végétations.

Le 1^{er} juin, l'enfant nous est amené de nouveau parce

qu'il mouche abondamment et se plaint de son oreille droite.

Il s'agit d'une nouvelle poussée d'adénoïdite avec otite catarrhale. Le traitement est intensifié.

Le 8 juin, nous revoyons cet enfant, l'otalgie a presque disparu. Il persiste une très légère rhinorrhée. Le petit malade est perdu de vue.

En résumé : amélioration très nette et constante efficacité antibactérienne du produit, malgré une rechute.

Observation N° 197

Poussée d'adénoïdite.

L'enfant H... Adèle, 7 ans, suivie depuis le 9 mai pour une rhinite purulente en rapport avec une poussée d'adénoïdite aiguë, est traitée par des instillations.

Le 13 mai, l'amélioration est légère, cependant les sécrétions nasales sont beaucoup moins abondantes.

Le 19 mai, l'enfant se présente avec des signes de guérison manifeste. La rhinorrhée est insignifiante. Le cavum est propre. On peut procéder au grattage des végétations.

En résumé : notre association thérapeutique a pleinement rempli son rôle de traitement pré-opératoire.

Observation N° 206

L'enfant C... Claude, 5 ans, nous est amené le 16 mai 1939, parce que son nez coule. Il s'agit d'abondantes sécrétions muco-purulentes.

D'autre part il ronfle et dort la bouche ouverte. Cet état dure depuis la mauvaise saison.

A l'examen, nous constatons des fosses nasales en-

combrées de mucosités qui retombent dans le cavum. Par le toucher naso-pharyngien nous trouvons des végétations adénoïdes hypertrophiées et infectées.

Nous prescrivons des instillations trois fois par jour et revoyons l'enfant le 25 mai : il est tout à fait désinfecté. Son nez ne coule plus, il ne mouche plus. Nous décidons le grattage des végétations pour la semaine suivante.

Nous dirons en terminant que notre produit venait après trois essais de traitement divers sans succès dans le cas présent.

Observation N° 211

Végétations adénoïdes infectées.

L'enfant L... Maurice, 14 ans, vient à la consultation le 26 mai, parce que depuis trois semaines il mouche abondamment. Ce sont des sécrétions muco-purulentes.

Ses parents nous signalent qu'il ronfle la nuit et dort la bouche ouverte; il n'a jamais subi d'opération sur le rhino-pharynx.

Rhinoscopie : abondantes sécrétions muco-purulentes dans les deux fosses nasales.

Rhinoscopie postérieure : on trouve des masses de végétations adénoïdes infectées.

Nous prescrivons instillations et pulvérisations le 3 juin, nous revoyons le malade extrêmement amélioré. Il mouche moins abondamment et dès le premier jour a respiré avec beaucoup plus de facilité. Nous engageons l'enfant à poursuivre ses instillations jusqu'au jour de l'intervention.

Observation N° 212

Poussée d'adénoïde; préparation à l'intervention.

L'enfant V... Robert, 8 ans, est amené à la consulta-

tion le 3 juin 1939 parce qu'il mouche abondamment depuis plusieurs mois et surtout parce qu'il ronfle la nuit et dort la bouche ouverte.

Il n'a jamais été opéré ni des végétations, ni autrement.

A la rhinoscopie, nous voyons des fosses nasales encombrées de sécrétions muco-purulentes; celles-ci retombent dans le pharynx. Le toucher naso-pharyngien nous montre des végétations adénoïdes très infectées.

Nous prescrivons des instillations fréquentes.

Le 9 juin, nous revoyons cet enfant. Etat très amélioré; il respire facilement et mouche beaucoup moins. On peut décider l'intervention.

En résumé : action désinfectante parfaite du traitement dans une poussée aiguë d'adénoïdite.

L'examen des résultats obtenus dans tous les cas d'adénoïdite traités chez l'enfant nous montre que notre traitement nous a toujours donné le résultat attendu. Ces quelques cas tirés des nombreuses observations relevées à cet égard en font foi.

Notre traitement a toujours eu pour but de stériliser le plus possible les cavités des fosses nasales avant d'intervenir chirurgicalement. La tâche était ardue, car c'est bien souvent chez de très jeunes enfants que se posait l'indication de notre traitement. L'impossibilité de faire accepter par l'enfant et son entourage les pulvérisations nasales rend plus manifeste l'importance du résultat obtenu par de simples instillations de notre association médicamenteuse.

Nous pensons qu'on peut tirer un grand bénéfice de poser systématiquement l'indication de notre théra-

peutique chaque fois que le spécialiste envisagera l'acte chirurgical en face d'une hypertrophie amygdalienne ou adénoïdienne.

Chaque fois, il s'assurera de cette façon le maximum de sécurité et l'évolution postérieure ne lui apportera qu'un minimum de complications.

Traitement des affections inflammatoires des cavités sinusiennes

L'expérience d'innombrables cas de sinusite aiguë ou chronique, ou de réaction sinusiennne nous ont montré l'évidente supériorité des pulvérisations fréquentes avec un bon pulvérisateur. Tous les cas que nous relaterons ont été choisis comme les plus typiques parmi la centaine d'observations que nous posédons à cet égard.

Observation N° 2

Sinusite maxillaire droite

M. D... Lucien, 50 ans, vient nous voir le 7 mars parce qu'il mouche beaucoup de pus par sa narine droite. Ce fut au début un liquide filant qui est devenu séro-purulent depuis quatre jours. Nous constatons son abondance au niveau du méat moyen. Le malade se plaint de douleurs violentes au niveau de la joue droite, calmées par l'ingestion de « Véramone ».

La diaphanoscopie révèle un sinus droit complètement

opaque. Nous faisons pratiquer une radiographie qui confirme notre premier examen.

Nous n'envisageons pas alors la nécessité de frictionner les sinus ni d'effectuer des lavages. Nous nous bornons à prescrire des pulvérisations fréquentes avec notre produit à base de sulfamide.

Le 12 mars 1939 nous revoyons notre malade et nous constatons une très notable amélioration; en effet, les douleurs sont bien moins vives et ne commandent plus l'absorption de « Véramone ». Le caractère de l'écoulement a changé d'aspect.

Nous engageons notre malade à continuer les pulvérisations.

Le 15 mars, il présente encore une légère douleur au niveau de la joue droite; la rhinorrhée est très atténuée d'ailleurs la diaphanoscopie montre un sinus droit plus clair que lors du premier examen.

Le 19 mars, nous revoyons de nouveau ce malade enchanté de ses pulvérisations; il ne souffre plus; il ne mouche plus. D'ailleurs, la rhinoscopie et la diaphanoscopie sont négatives. Nous considérons ce malade comme guéri.

Observation N° 26

Sinusite maxillaire droite d'origine dentaire

M. M... Henri, 45 ans. Nous le voyons pour la première fois le 9 mai 1938 pour une rhinorrhée très abondante remontant à plusieurs mois. Ce malade nous apprend qu'il salit 5 à 6 mouchoirs par jour. Cet état dure depuis novembre 1937; entre temps, il a été soigné par son dentiste qui a pratiqué des obturations et aurifications des molaires supérieures droites. En outre, il a été contraint d'en extraire certaines d'entre elles. Il présente des dou-

leurs très vives dans « les os de la face, du côté droit ».

Ce malade a eu recours à toutes sortes de médications, inhalations, instillations et même homéopathie, sans succès aucun, quoique l'affection put être aisément caractérisée comme une sinusite maxillaire typique.

A l'examen : la rhinoscopie montre des fosses nasales encombrées, le liquide purulent venant du méat moyen avec hypertrophie marquée du cornet inférieur.

A la pression, douleur exactement localisée en regard du sinus et de l'arcade dentaire.

La diaphanoscopie montre un sinus droit entièrement opaque. En attendant la confirmation radiographique du diagnostic nous prescrivons des pulvérisations nasales fréquentes avec notre préparation sulfamidée.

Le 13 mai, nous revoyons le malade pour l'interprétation de son cliché radiographique, qui confirme pleinement le diagnostic diaphanoscopique.

Dès cette date, le malade se réjouissait du degré d'amélioration que le traitement lui avait permis d'obtenir.

La rhinorrhée a bien diminué, il ne salit plus que un à deux mouchoirs quotidiennement. Sa respiration est largement facilitée.

La rhinoscopie montre toujours l'existence du pus au niveau du méat moyen, mais beaucoup moins abondant.

La diaphanoscopie révèle un sinus moins sombre. Le malade commence à percevoir la lumière de son œil droit, lors de cet examen.

Le 21 mai, il demeure encore une légère sécrétion nasale. La pression du sinus maxillaire droit est complètement indolore.

A la diaphanoscopie, légère opacité.

Le 28 mai, nous pouvons contrôler cliniquement et radiologiquement la guérison totale de notre malade.

Observation N° 38

Sinusite maxillaire droite

M. C... Henri, 37 ans, vient nous voir le 28 mai 1938 parce que, depuis une quinzaine de jours, à la suite d'un coryza aigu, il mouche d'abondantes sécrétions mucopurulentes qui tachent des mouchoirs, et parce qu'il accuse une vive douleur à la joue droite. Ces douleurs lui semblent cesser un moment lorsqu'il s'est mouché abondamment.

La rhinoscopie montre une muqueuse rouge dans les deux fosses nasales. Il y a des sécrétions filantes sur la cloison; à droite, du muco-pus; sur le plancher et au niveau du méat moyen on voit sourdre un liquide mucopurulent.

La pression, en regard du sinus maxillaire droit est douloureuse.

Notre diagnostic de sinusite maxillaire droite, d'origine nasale est confirmée par la diaphanoscopie qui montre un sinus opaque.

Nous soumettons le malade à des pulvérisations très fréquentes.

Le 3 juin, nous le revoyons amélioré; la rhinorrhée a considérablement diminué d'intensité. Il ne salit plus qu'un mouchoir tous les deux jours. La sécrétion n'est plus maintenant que du mucus filant. Au début, le malade a constaté une hypersécrétion de pus. De plus, les douleurs ont complètement disparu; il reste seulement un léger endolorissement de la région sinusienne. Il ne semble plus sourdre de pus du méat moyen. Seuls quelques filaments muqueux demeurent sur les parois des fosses nasales.

La diaphanoscopie confirme cette amélioration en nous montrant un sinus dont la clarté est très voisine de la normale.

Observation N° 107

Sinusite maxillaire gauche

Mme S... Andrée, 32 ans, se présente le 7 décembre parce que depuis quelques jours elle se plaint de rhinorrhée très abondante et de céphalée. Le diagnostic de sinusite maxillaire gauche est porté par un de nos collègues qui entreprend une friction du sinus, suivie de lavages. Il y avait du pus dans la cavité sinusienne.

Nous voyons la malade pour la première fois le 12 décembre. Elle revient avec des signes accrus. Le traitement ne lui apporte aucune amélioration. La céphalée est vive et l'écoulement abondant.

A la rhinoscopie, on voit la présence de pus dans la fosse nasale gauche. Le pus semble venir du méat moyen. La pression est douloureuse en regard du sinus maxillaire gauche; celui-ci s'éclaire mal à la diaphanoscopie. Nous ne pratiquons pas de lavage de sinus, mais nous prescrivons des pulvérisations fréquentes dans la journée.

Nous revoyons la malade le 17 décembre; elle avait pratiqué 15 à 20 pulvérisations par jour. Elle revient enthousiasmée par notre traitement qui l'a très nettement améliorée. En effet, elle ne mouche plus alors qu'elle salissait cinq à six mouchoirs dans la journée. La céphalée a disparu.

La rhinoscopie montre une fosse nasale gauche propre; il n'y a plus de pus au niveau du méat moyen. A la diaphanoscopie, le sinus gauche est encore un peu voilé. Le 22 décembre, nous revoyons la malade avec des signes d'amélioration encore plus nets; la diaphanoscopie montre un sinus gauche cliniquement net.

Observation N° 133

Sinusite maxillaire gauche aiguë

Mme G... Jeanne, 45 ans. Nous la voyons la première fois le 6 février parce que depuis trois semaines, à la suite d'un coryza aigu, elle se plaint d'une rhinorrhée très intense; elle salit, dit-elle, huit à dix mouchoirs par jour. Il s'agit de sécrétions nettement purulentes. Céphalées très vives, douleur à la pression du massif facial gauche.

La température oscille entre 38° et 38°5.

Rhinoscopie : montre dans la fosse nasale, gauche, au niveau du méat moyen, une raie de pus très nette.

Diaphanoscopie : le sinus maxillaire gauche est entièrement opaque.

Radiographie : confirme pleinement le diagnostic donné par la diaphanoscopie : sinus maxillaire gauche uniformément opaque.

Nous prescrivons des pulvérisations très fréquentes.

Le 11 février, nous revoyons la malade; légère amélioration, rhinorrhée moins intense; la pression du massif facial gauche reste douloureuse, la température oscille autour de 38°.

Diaphanoscopie : le sinus gauche demeure opaque.

Le 17 février, la malade ne mouche plus, mais la céphalée persiste; il n'y a plus de pus dans le nez au niveau du méat moyen; pas de douleur au niveau du massif facial gauche. Le sinus maxillaire s'éclaire mieux.

Le 22 février, l'amélioration est totale.

Observation N° 124

Sinusite frontale

Mme S... Jeanne, 32 ans, vient à la consultation le 17 janvier, parce que pendant 15 jours elle a présenté

une rhinorrhée abondante, avec céphalée frontale très vive. Depuis trois jours elle signale que la céphalée subit une recrudescence et la rhinorrhée semble tarie.

A l'examen rhinoscopique, nous trouvons une muqueuse congestive; les deux méats moyens paraissent libres. La pression du sinus frontal droit est douloureuse et à la diaphanoscopie il est nettement opaque.

Nous prescrivons des pulvérisations très fréquentes à notre malade, et nous la revoyons le 24 janvier, à la suite de ces pulvérisations.

La première journée, la malade a vu s'accroître sa rhinorrhée, puis le lendemain elle est devenue filante et muqueuse.

La céphalée, parallèlement, a cédé; la malade mouche encore quelques mucosités qu'on retrouve à la rhinoscopie dans les fosses nasales.

A la diaphanoscopie le sinus frontal a la même clarté que celui du côté opposé.

Nous pouvons considérer notre malade comme guérie.

Observation N° 173

Réaction sinusienne frontale gauche

M. L... Lucien, 15 ans. Nous le voyons pour une réaction sinusienne gauche consécutive à une rhinorrhée; il se plaignait de céphalée très vive, rhinorrhée, étourdissements et troubles de la vue. A la rhinoscopie nous notons la présence d'une déviation de cloison à convexité gauche, et dans la fosse nasale gauche, d'abondantes sécrétions muco-purulentes.

A la diaphanoscopie, le sinus frontal gauche s'éclaire mal; douleur locale à la pression et lorsque le malade baisse la tête; il s'agit bien d'une sinusite frontale gauche.

Nous prescrivons des pulvérisations fréquentes.

Le 24 mars, nous revoyons le malade ; la céphalée a nettement diminué d'intensité, et les troubles visuels sont très atténués. La rhinorrhée est presque tarie, le sinus frontal gauche s'éclaire encore mal.

Le 6 avril, le malade revient nous voir avec tous les signes de guérison. Plus de céphalée, il ne mouche plus, la fosse nasale gauche est propre, le sinus frontal a recouvré sa clarté normale. Nous décidons la résection sous-muqueuse de la cloison.

Observation N° 58

Sinusite maxillaire bilatérale

Mme Andrée J..., 38 ans, accuse le 15 juillet une rhinorrhée abondante qui dure depuis quatre mois environ. Elle salit 5 à 6 mouchoirs par jour, et se plaint d'une obstruction nasale avec céphalées et parfois sensations vertigineuses. Les sécrétions nasales qu'elle rejette ont souvent une certaine fétidité; elle a présenté il y a deux ans une sinusite maxillaire traitée ici par des ponctions du sinus, suivies de lavages.

A l'examen : mucosités abondantes sur le plancher du nez, avec pus sur le méat moyen, surtout à droite.

La muqueuse est congestive; le cornet inférieur légèrement hypertrophié. Nous réveillons une douleur en regard de chacun des sinus maxillaires.

La diaphanoscopie les montre tous deux opaques. Nous prescrivons des pulvérisations.

Le 18 juillet, nous revoyons la malade qui nous signale une amélioration notable. Elle n'a plus d'obstruction nasale; les sécrétions sont moins abondantes et moins fétides. Elle ne salit plus qu'un mouchoir par jour.

A la rhinoscopie, il s'agit plutôt de muco-pus que de

pus. L'opacité bilatérale est bien moins prononcée que le 15 juillet. La céphalée a été largement soulagée par les pulvérisations très fréquentes qu'effectuait chaque jour la malade.

Le 26 juillet, la guérison clinique est complète.

Observation N° 172

Sinusite frontale aiguë gauche

Mme Q... Simone, 27 ans, est suivie depuis le 1^{er} avril pour une sinusite frontale contrôlée à la rhinoscopie et à la diaphanoscopie. Elle ne présente pas de rhinorrhée, mais se plaint d'une hémicranie gauche très violente.

Nous prescrivons nos pulvérisations habituelles. Le 8 avril elle revient avec quelques signes d'amélioration. La céphalée cédait au moment où se produisait une rhinorrhée abondante. Mais ces signes ont été améliorés et la malade continuait à souffrir.

Nous l'engageons à poursuivre son traitement. Elle revient à la consultation le 18 avril *guérie*. En effet, la rhinorrhée est apparue de nouveau, amenant avec elle l'arrêt de la céphalée.

La région sous orbitaire gauche n'est plus douloureuse, la fosse nasale gauche est propre, le sinus frontal gauche s'éclaire bien.

Observation N° 216

Ethmoïdite

Mme R... Lucie, vient à la consultation le 8 juin, parce que depuis l'hiver elle se plaint d'une rhinorrhée qui semble survenir par crise.

Actuellement les sécrétions nasales sont abondantes,

la malade salit quatre mouchoirs par jour, en même temps se plaint de céphalée et d'obstruction nasale.

A la rhinoscopie, on trouve une muqueuse congestive, sécrétions muco-purulentes sur le plancher du nez et, venant de la partie supérieure des fosses nasales, un écoulement franchement purulent.

A la diaphanoscopie, les sinus frontaux et maxillaires sont normaux, ils s'éclairent bien; une radiographie pratiquée montre qu'il s'agit vraisemblablement d'une ethmoïdite.

Nous prescrivons des pulvérisations abondantes et fréquentes.

Revue le 15 juin, la malade présente quelques signes d'amélioration; céphalée moins vive et rhinorrhée moins abondante.

Le 20 juin, la malade ne mouche plus : la céphalée a disparu. A l'examen il n'y a plus de pus.

Nous considérons la malade comme guérie. Elle le fut en 12 jours.

Observation N° 237

Ethmoïdite aiguë

Mme M... Fernande, 27 ans, vient à la consultation le 29 juillet parce qu'elle se plaint d'une rhinorrhée très abondante avec en même temps des douleurs vives à la naissance du nez.

A la rhinoscopie, nous trouvons à droite un gros cornet inférieur. Dans chaque fosse nasale il y a du pus qui vient de la partie supérieure des fosses nasales.

A la diaphanoscopie, les sinus frontaux et maxillaires sont très clairs. Nous portons le diagnostic d'ethmoïdite que la radiographie confirme.

Nous prescrivons des pulvérisations de 10 à 15 fois par jour.

Le 5 août, la malade revient très améliorée par le traitement; la rhinorrhée a diminué, les douleurs ont presque disparu.

A la rhinoscopie, il n'y a plus de pus dans les fosses nasales. Nous en profitons pour cautériser un gros cornet inférieur droit.

En résumé, action thérapeutique rapide et constante.

Conclusion. — Ces quelques observations tirées d'un dossier qui en compte plus de 120 nous permettent d'arriver aux conclusions pratiques suivantes :

1° Chaque fois que nous avons fait pratiquer un traitement par pulvérisation et qu'il a été suivi avec exactitude, nous avons pu éviter l'intervention douloureuse et traumatisante de la ponction du sinus suivie de lavages.

2° La céphalée, l'obstruction nasale, qui sont les phénomènes subjectifs les plus importants ont en général cédé dès les premières pulvérisations grâce au phényl acétate de para-amino benzoyl diéthyl amino éthanol.

3° La douleur provoquée à la pression en regard de la zone sinusienne cède très rapidement et fait place à un endolorissement témoin qui va en s'effaçant avec la poursuite régulière du traitement.

4° Les sécrétions qui sont quelquefois tarries par suite d'une rétention intra-sinusienne aiguë lorsque le malade se présente sont augmentées dans les premiers jours du traitement.

Leur qualité change très rapidement, dès le second jour on a affaire à du muco-pus qui devient filant et

évolue vers une sécrétion purement muqueuse et enfin sereuse avant de se tarir avec la guérison complète du malade.

5° L'examen diaphanoscopique et radiographique nous a permis de suivre parallèlement l'évolution favorable des cas traités.

Dans ceux que nous avons rappelés, images diaphanoscopiques et radiographiques étaient toujours des plus nettement démonstratives.

L'opacité sinusienne n'a pas toujours suivi la décroissance des autres symptômes objectifs, mais nous n'avons conclu à « guérison » que lorsque nous nous trouvions en face d'une image nettement saine.

Nous avons toujours obtenu en définitive des images claires et ce en général quelques jours après que la rhinorrhée était terminée. Nous pensons que nous avons alors atteint le véritable test de la guérison : celui de la régression totale de l'inflammation de la muqueuse sinusienne.

6° Notre posologie.

L'expérience nous a montré que pour obtenir un résultat rapide, il faut arriver à une véritable imprégnation sulfamidée et anesthésique, d'où l'exigence de 6 à 10 pulvérisations de 1 à 2 minutes chacune. Elles sont toujours bien tolérées par le malade et le bénéfice immédiat qu'il en retire est le meilleur gage d'une exécution parfaite de la prescription.

**Expérimentation de l'association anti-bactérienne
Antialgique dans les otorrhées et otites
de l'enfant et de l'adulte**

Observation N° 114

Otorrhée droite .— Rhinite légère

Mme C... Augustine, 35 ans, est venue nous voir parce qu'elle présente depuis une quinzaine de jours, à la suite d'un coryza aigu, une otorrhée droite. Elle avait pratiqué des inhalations et des instillations dans le conduit auditif d'alcool à 90°. Ce traitement s'était révélé totalement inefficace.

L'otoscopie montre un conduit rempli d'un liquide muqueux filant, et après désinfection du conduit nous trouvons un tympan légèrement congestif présentant à sa partie antéro-inférieure une petite perforation de laquelle sort une goutte de pus.

La rhinoscopie montre une muqueuse nasale congestive avec quelques sécrétions.

Nous prescrivons des instillations dans l'oreille trois fois par jour et des pulvérisations nasales avec notre même produit.

Le 7 janvier, la malade est revue très améliorée puisque l'otorrhée était tarie le matin au réveil, et les sécrétions nasales semblent moins abondantes.

Le 12 janvier, la malade revient guérie : plus d'otorrhée, le tympan a recouvré son aspect normal et les sécrétions nasales sont passées à l'état de simple hydrorrhée.

Observation N° 112

Le 16 décembre, l'enfant Saint J..., 13 ans, vient à la consultation parce qu'il présente une otorrhée droite qui persiste depuis deux semaines. Il mouche du pus et nasonne. Il dort la bouche ouverte et ronfle parfois. A l'examen, le tympan présente une perforation antéro-inférieure. Il s'agit d'une otorrhée tubaire en rapport avec l'infection du nez et du cavum car nous constatons la présence de sécrétions muco-purulentes et celle de végétations très importantes. Nous prescrivons des instillations fréquentes de notre produit dans les fosses nasales et dans le conduit auditif droit, et nous revoyons cet enfant le 21 décembre : il revient alors guéri de son otorrhée ; en effet son oreille ne coule plus, le tympan a presque repris son aspect normal. Il ne mouche presque plus; d'ailleurs la rhinoscopie montre que la muqueuse encore rouge n'est plus couverte de mucosités purulentes qui l'encombraient la semaine précédente. Nous pratiquons dès les premiers jours du printemps à l'ablation des végétations.

OTITE MOYENNE SUPPURÉE.

L'enfant G... Marcelle, 9 ans, est amenée à la consultation le 20 avril pour une otite moyenne suppurée, consécutive à un coryza entretenu par une poussée d'adénoïdite. La perforation spontanée du tympan remontait à la veille. Nous prescrivons des instillations dans le conduit auditif et dans les fosses nasales et nous revoyons cette enfant le 22 avril. Il y a de gros signes d'amélioration, la rhinorrhée est presque tarie, l'otorrhée est infime, l'état général est bon, il n'y a plus de fièvre.

Nous revoyons encore le 15 mai cette enfant, l'otorrhée est complètement tarie, seule la rhinorrhée persiste en-

core un peu. En résumé, l'action de notre association a été particulièrement nette dans cette otite moyenne suppurée.

Observaion N° 130

Otite catarrhale avec adénoïdite

L'enfant B... Roger, 5 ans, nous est amené le 31 janvier, parce qu'il se plaint de son oreille et que son nez coule. Ses parents nous apprennent qu'il dort la bouche ouverte et ronfle la nuit. La rhinoscopie montre un nez encombré de mucosités qui retombent dans le cavum. Il y a des végétations hypertrophiées et infectées. Le toucher naso-pharyngien le révèle. L'otoscopie montre un tympan droit parsemé de vaisseaux radiés, le triangle lumineux a disparu. Il s'agit donc d'une légère otite catarrhale en rapport avec une poussée aiguë d'adénoïdite. Nous prescrivons des instillations dans le conduit droit et dans les narines trois fois par jour (4 gouttes) et nous revoyons cet enfant le 4 février. Le tympan a recouvré à peu près son aspect normal, les sécrétions sont moins abondantes dans les fosses nasales et le cavum est moins infecté, Nous envisagerons l'ablation des végétations au mois de mars. Notre traitement sera utilisé à nouveau comme désinfectant pré-opératoire.

OTITE MOYENNE AIGUË GAUCHE SUPPURÉE.

L'enfant V..., 3 ans, nous est amené le 14 février, parce qu'il présente une suppuration de son oreille gauche. Il avait manifesté les jours précédents de l'otalgie et une température de 38° à 38°5; il s'agissait d'une otite moyenne perforée spontanément. Le point de départ était dans le cavum, car cet enfant présentait des fosses

nasales encombrées de mucosités que l'on retrouvait au niveau du cavum. Ses parents nous signalaient qu'il dormait la bouche ouverte et ronflait pendant son sommeil. Le toucher naso-pharyngien permettait de constater de grosses végétations adénoïdes infectées. Nous étions donc en présence d'une otite moyenne aiguë gauche suppurée en rapport avec une poussée d'adénoïdite. Nous prescrivons des instillations trois fois par jour, 5 gouttes, et nous revoyons cet enfant le 17 février. La suppuration de l'oreille est très améliorée, les fosses nasales sont moins infectées, mais il ronfle encore la nuit. Cet enfant est à suivre. Nous le revoyons le 21 février, il est très amélioré, l'otorrhée est tarie, les fosses nasales sont à peu près propres, il n'y a pas de pus dans le cavum. Nous décidons alors un curettage des végétations et l'ablation des amygdales pour le début d'avril.

Observation N° 143

Mme B..., 37 ans, vient à la consultation le 20 février, parce que depuis un coryza aigu survenu il y a huit jours, elle présente une suppuration abondante de son oreille gauche, elle se plaint également de rhinorrhée. La rhinoscopie montre des fosses nasales congestives présentant dans leurs parties postérieures des sécrétions muco-purulentes. L'otoscopie montre un conduit auditif gauche encombré d'un liquide muco-purulent. Après nettoyage du conduit nous apercevons un tympan légèrement congeslif présentant dans sa partie antéro-inférieure deux petites perforations. Cette malade nous signale que chaque année, l'hiver, à la suite de rhumes elle présente une telle suppuration. Il s'agit donc d'une otorrhée tubaire pour laquelle nous prescrivons notre traitement. Elle pratiquera trois fois par jour des instil-

lations dans les fosses nasales et le conduit gauche, à raison de 5 gouttes.

Nous revoyons cette malade le 24 février, elle est enchantée de notre traitement qui l'a nettement améliorée. En effet, l'otorrhée est à peu près tarie et la rhinorrhée est passée à l'état d'hydrorrhée. A la rhinoscopie, les fosses nasales sont plus propres et le conduit auditif n'est plus souillé d'abondantes sécrétions comme au début de la semaine. Il persiste un liquide filant muqueux plus important. La malade va néanmoins poursuivre son traitement et nous espérons que d'ici quelques jours un dessèchement définitif de son tympan.

CONCLUSIONS

L'exposé détaillé de toutes les observations que nous avons pu recueillir dans les services de consultations du Docteur HAUTAN à la Consultation oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Tenon nous a conduit aux conclusions suivantes.

1° Localement le « 1162 F » est actif à condition de l'employer en pulvérisations fréquentes in loco dolente pour réaliser une imprégnation totale.

2° Le para-amino-phényl-diéthyl-amino-éthanol s'est révélé un anesthésique des muqueuses extrêmement puissant et efficace.

L'amélioration fonctionnelle obtenue grâce à cet anesthésique de la série de ceux du Professeur RÉGNIER a été constante, toujours égale à elle-même.

3° Dans toutes les affections aiguës du nez, nous avons pu enregistrer des résultats thérapeutiques positifs.

Cependant, lorsque l'inflammation locale avait pour base une malformation anatomique, nous avons dû terminer par une intervention chirurgicale locale.

Notre traitement a toujours été un moyen d'obtenir une préparation à l'intervention. Traitement pré-opératoire efficace.

4° Les résultats ont été négatifs dans les rhinites atrophiques et les coryzas spasmodiques — seuls des traitements désensibilisants ont eu quelques fois raison de ceux-ci.

5° Dans les affections sinusiennes, nous avons toujours pu éviter la ponction sinusienne et les lavages du sinus.

Le processus de guérison s'est toujours régulièrement produit en 3 temps :

§ Amélioration quasi immédiate des signes fonctionnels;

§ Ecoulement nasal qui devient muqueux, puis se tarit;

§ L'opacité du sinus décroît parallèlement avec l'amendement des signes physiques, et nous sommes, dans un délai de 8 à 20 jours, toujours arrivé à une image claire des sinus malades.

Nous pensons qu'il y a grand avantage thérapeutique à tirer de ce traitement.

6° Dans les otorrhées tubaires et les otites de l'enfant et de l'adulte, les résultats obtenus ont été particulièrement encourageants.

Nous avons vu tarir des otorrhées anciennes que des traitements antérieurs et divers n'avaient pu améliorer.

Le soulagement immédiat, l'indolence totale du traitement a permis de l'appliquer avec un succès total chez les enfants.

Nous pensons, à la lumière des nombreuses observations que nous avons recueillies que l'association sulfamide para-amino-benzoyl-diéthyl-amino-éthanol est le traitement d'avenir de toutes les affections inflammatoires aiguës ou chroniques du rhino-pharynx. Réserve faite des infections liées à des déformations nasales ou à des polypes, dans quel cas ce traitement a une valeur pré-opératoire indiscutable et très appréciable.

L'application de notre technique est simple, indolore, elle apporte un soulagement immédiat, elle permet d'éviter l'intervention sanglante si elle est bien conduite. Elle donne toujours dans les affections inflammatoires du rhino-pharynx et de l'oreille des résultats égaux à eux-mêmes.

Nous pensons que le praticien et le spécialiste auront ainsi entre leurs mains une arme utile, efficace, facilement acceptée pour soulager ceux qui souffrent.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Jean RÉGNIER. — Les acides salifiant les bases alcaloïdiques peuvent exercer une grande influence sur l'activité physiologique de ces bases. (*La Médecine*, septembre 1936.)
- Alain GASTON. — La chimiothérapie par les corps sulfamidés dans les infections oto-rhino-laryngologiques et au cours des méningites septiques. N° 5, mai 1938.
- Léon BLOY. — Sur l'emploi des sulfamidés en O. R. L. (*Rev. de thérapeutique Meurice*, n° 13, janv. 1938.)
- H.-L. HICKEY. — Sulfanilamide therapy en O. R. L. (*Rocky Mouton M. J.* 35 : 782-787, oct. 1938.)
- V.-G. HORAN, S.-G. FRENCH. — Sulfonamide in acute mastoïdis. (*Brit. M. J.* 2 : 942-943, 5 nov. 1938.)
- W.-D. LANIER. — Sulfanilamide in oral infections. (*M. Bull. Vét. admin.* 15 : 65-68, juillet 1938.)
- QUIGNON, Ch. LIGNAC, A. BAILLY. — Le pouvoir d'antiseptie locale des dérivés sulfamides et son utilisation en oto-laryngologie. (*Clinique et laborat.* n° 7, p. 166. 20 juillet 1938.)
- L'utilisation des dérivés sulfamidés comme antiseptiques locaux en oto-rhino-laryngologie. (*Clinique et laboratoire*, n° 11, p. 264, 20 nov. 1938.)
- H.-P. SCHENCK. — Use of sulfanamide en O. R. L. (*Arch. otolaryng.* 28 : 698-747, novembre 1938.)
- B. SEELENFREUND. — L'emploi du sulfanilamide en oto-rhino-laryngologie. (*Rev. de thérap. Meurice*, juillet 1938.)

W.-J. TROUP. — Use of sulfanilamide in complicated mastoid infection. (*Colorado med.* 34 : 726-727, octobre 1937.)

C. HUBERT. — Traitement des méningites post-otitiques à streptocoques et à pneumococcus mucosus par le para-amino-phényl-sulfamide 1162 F. (*Presse Méd.*, 14 mai 1938, p. 771-774.)

— Un cas de méningite post-otitique (3 à streptocoques, et à pneumococcus mucosus) traités par le para-amino-phényl-sulfamide 1162 F. Présentation des quatre malades guéris). (*Rev. de laryng.-otol. et rhinol.*, n° 4, avril 1938, p. 364.)

N.-B. — Nous adressons nos vifs remerciements aux fichiers du *Monde Médical*, pour leur précieuse source d'information.

Imprimerie de la Librairie

E. LE FRANÇOIS

PARIS

